

Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.





Comité Pédagogique de Pneumophtisiologie

Cas clinique N° 1 : 4 questions

Une femme de 24 ans, aux antécédents de primo infection tuberculeuse à l'âge de 3 ans, et d'infections bronchiques hivernales depuis l'enfance, consulte pour une toux avec une expectoration purulente abondante, une fièvre non chiffrée évoluant depuis 7 jours.
L'examen clinique : malade en état général moyen, pale, fébrile à 39°c, La FR=29 cycles/mn, la FC=100 bats/mn, la TA=135/70 mmHg, le poids : 55 kg, la taille : 170cm
L'examen pleuropulmonaire retrouve des râles polymorphes de la base pulmonaire droite, avec un hippocratisme digital,le reste de l'examen retrouve de nombreuse carries dentaires.

La radiographie thoracique de face montre une image hydro-aérique arrondie de 7 cm de diamètre au niveau de la base d l'hémithorax droit associée à de multiples clartés rondes centimétriques à parois épaisses para et rétrocardiaques dont quelques unes contiennent un bas fond liquidien.

1- le diagnostic a évoquer est :
 A. Tuberculose pulmonaire.
 B. Pneumonie excavée
 C. Abcès pulmonaire
 D. **Suppuration pulmonaire sur dilatation des bronches**
 E. Surinfection de dilatation des bronches **NAP 0.20**

2- Quel est l'examen à demander en priorité ?
 A. FNS+ hémocultures
 B. Sérologie amibienne
 C. recherche de BK dans les crachats
 D. sérologie hydatique
 E. Examen cytobactériologique de l'expectoration **NAP 0,33**

Les résultats des examens vous parviennent :
La FNS : GB : 18000 (PN : 80%, L :15%, B:2%, Éo: 1%, M:2%) GR 4,5 millions, Hb 11 g/dl
3 hémocultures négatives. Recherche de BK dans les crachats 0 BAAR/300champs.
Sérologie hydatique : 1/128, sérologie de l'amibiase négative
L'examen cyto bactériologique de l'expectoration : flore polymorphe.

3- Vous décidez de traiter par :
 A. Amoxicilline+acide clavulanique 3g/j en IVD.
 B. **Oxacilline 3g + gentamicine 80 mg 2x/j.**
 C. Céfotaxime 3g/j en IVD
 D. Cure chirurgicale
 E. 2ERHZ/4RH. **NAP 0.33**

4- Ce traitement sera associé à :

1. Vaccination antipneumococcique chaque 5 ans
2. vaccination antigrippale annuelle
3. kinésithérapie respiratoire.
4. Antibiothérapie prophylactique.
5. Traitement des foyers infectieux dentaires et ORL. **NAP 0.33**

A.1+5 B.2+4 C.1+2 **D.3+5** E.3+4

Cas clinique N°2 : 4 questions

Un homme de 47 ans, enseignant, aux antécédents de tuberculose pulmonaire il y a 10 ans et diabète type II depuis 2 ans sous hypoglycémiants oraux, consulte pour toux ramenant une expectoration mucopurulente évoluant depuis 3 semaines avec fièvre nocturne et amaigrissement non chiffré.

A l'examen clinique, le patient est état général conservé, la T°37,2°C, la FC: 90bats /mn, la TA : 120/70mm Hg, la FR : 20c/mn.

L'examen pleuropulmonaire retrouve des râles crépitants au niveau de la moitié supérieure de l'hémithorax droit.

La radiographie thoracique objective une image hydroaérique de 3 cm de diamètre avec des opacités nodulaires au niveau de la région axillaire droite.

La recherche de BK dans les crachats = 25 BAAR/100 champs

5- quels sont les éléments indispensables à rechercher avant de débuter le traitement ?

1. Le poids
2. La chimie des urines **NAP 0.50**
3. Les antécédents médicaux
4. La notion de contage tuberculeux
5. la glycémie

A= 1+2 B= 3+4 C= 2+5 D= 1+3 E= 3+5

Le poids est de 46Kg, le malade n'a pas d'antécédents médico-chirurgical en dehors de la tuberculose pulmonaire il y a 10 ans, il n'y a pas de notion de contage.

La chimie des urines : PH : 6, protéines négatives, sang négatif, Glucose : ++, corps cétoniques négatif, Glycémie : 2g/l

6- Vous décidez de traiter par :

A- 2 SRHZ/ 4 RH + Hypoglycémiants oraux

B- 2 ERHZ/ 4RH + Insulinothérapie

C- 2 SRHZE/ 1 RHZE/ 5 RHE + Hypoglycémiants oraux NAP 1

D- 2 SRHZE/ 1 RHZE/ 5 RHE + Insulinothérapie

E- 3 Eth. OKZC/ 18 Eth. OZ + Insulinothérapie

Au 2ème mois de traitement le patient présente une éruption cutanée prurigineuse diffuse.

7- vous décidez de :

A- De réduire la posologie des médicaments.

B- De changer le régime thérapeutique. NAP 0.50

C- **d'arrêter le traitement prescrit, et de reprendre à doses progressives**.

D- D'arrêt er définitivement le traitement

E- De maintenir le traitement et prescrire un traitement symptomatique.

8- le médicament responsable de cette manifestation est :

A- L'isoniazide

B- La rifampicine

C- L'éthambutol NAP 0.20

D- Le pyrazinamide

E- Tous ces médicaments

Cas clinique N°3 : 3 questions

Un homme âgé de 35 ans, comptable de profession, fumeur à 15PA, sans antécédents présente depuis 72 heures une altération de l'état général, avec fièvre, toux sèche et douleur basithoracique droite exacerbée par l'inspiration profonde. L'examen somatique retrouve un patient en état général modéré avec pâleur cutanéomuqueuse, une fièvre à 39°C, la TA 120 /60 mm Hg le poids 80kg, et la taille 170cm

L'examen pleuropulmonaire retrouve une matité franche de la moitié inférieure de l'hémithorax droit avec abolition des vibrations vocales et diminution du murmure vésiculaire surmontés de quelques râles crépitants au niveau de la partie supérieure de l'hémithorax homolatéral.

La radiographie thoracique de face objective une opacité dense homogène au niveau de la moitié inférieure de l'hémithorax droit comblant les deux culs de sac effaçant la coupole diaphragmatique, à limite supérieure nette et concave vers le haut surmontée d'une opacité peu dense à limites floues.

9- Le diagnostic à évoquer

A- Pleuropneumopathie droite.

B- Atélectasie du lobe inférieur droit. **NAP=0,50**

C- Epanchement pleural liquidien droit de moyenne abondance.

D- Tuberculose pleuro-pulmonaire.

E - Pneumopathie basale droite

10- Pour étayer le diagnostic vous demandez :
1- NFS et hémocultures
2- Bascilloscopies des crachats
3- ECB des crachats.
4- IDR à la tuberculine **NAP 0,5**
5- Ponction pleurale exploratrice.

A : 1+4 B : 3+5 C : 2+3 D : 2+4 **E : 1+5**

Les résultats vous parviennent :
NFS : GB : 14000 (PN 80%, L 15 %l, E 3% , M 2%) 3 hémocultures négatives
La recherche de BK dans les crachats est négative. ECB des crachats flore polymorphe.
Ponction pleurale : liquide jaune citrin exsudatif 51g/l de proteine, 80% PN altérés, absence de germes à l'examen direct. IDR à la tuberculine 07mm

11- Vous préconisez **:**
1- Amoxicilline + métronidazol
2- Chimiothérapie antituberculeuse
3- Drainage pleural NAP 0,33
4- Ponction pleurale évacuatrice
5- Oxacilline + gentamycine

A- **1+4** B- 1+3 C : 2+3 D-4+5 E- 2+4

Cas clinique N°4 : 4 questions.

Un homme de 50 ans, tabagique 30 paquets/année, sans antécédents pathologiques consulte pour expectoration mucopurulente. L'interrogatoire retrouve une hémoptysie de petite abondance survenue quatre semaines auparavant.
A l'examen clinique : le patient avec altération modérée de l'état général,
la T°38,5°C, la FR 20 cycles/min, la FC 100bats/min, la TA 120/80mmHg, l'examen somatique est sans particularités.
La radiographie thoracique : image hydroaérique de 3 cm de diamètre, à paroi épaisse juxta hilaire droite, se projetant sur le profil sur le segment apical du lobe inferieur droit.

12- quels sont les diagnostics les plus probables ?
1 Abcès du poumon
2 Tuberculose pulmonaire
3 Cancer broncho-pulmonaire excavé **NAP 0,20**
4 Kyste hydatique suppuré
5 Bulle surinfectée
A=1+2 **B=2+3** C3+5 D=3+4 E=1+4

13- Pour étayer votre diagnostic, vous demandez :

A. Une sérologie hydatique
B. Une TDM thoracique **NAP 1**
C. Des bacilloscopies des crachats
D. Une échographie abdominale
E. Une fibroscopie bronchique

Les résultats des examens sont: FNS= 13000/mm3 (PN=70, PE=3, PB=2, M=4, L=21). GR : 5 millions Hb 15g/dl. Les bascilloscopies des crachats sont négatives, la sérologie hydatique est à 1/256. La fibroscopie bronchique : muqueuse d'aspect normale avec quelques secrétions purulentes provenant de la bronche lobaire inférieure droite, L'échographie abdominale est normale, Le scanner thoracique retrouve une masse excavée de 8 cm de diamètre à paroi épaisse du segment apical du lobe inferieur droit

14- vous retenez le diagnostic suivant :
A Abcès du poumon
B kyste bronchogénique rompu
C tuberculose pulmonaire NAP 0, 25
D cancer bronchique nécrosé
E kyste hydatique rompu

15- le traitement à proposer sera :
1. kinésithérapie respiratoire
2. chirurgie
3. antibiothérapie
4. antituberculeux NAP 0.5
5. chimiothérapie

A= 1+2 **B =2+3** C= 1+3 D= 4+5 E=3+5

16- La prévention de cette maladie repose sur :
1. la lutte anti tabagique NAP 1
2. le dépistage et le traitement de la tuberculose pulmonaire
3. l'hygiène des mains
4. le traitement des foyers infectieux ORL
5. l'abattage des chiens errants

A= 1+2 B =2+3 C= 1+3 D= 4+5 **E=3+5**

Cas clinique N° 5 : 5 questions

Un homme de 60 ans, fumeur 40 Paquets /Année, présente une gène respiratoire à l'effort parfois paroxystique et sifflante depuis 2 ans, consulte une douleur thoracique droite, d'apparition brutale associée à une dyspnée de repos, des sueurs, une fièvre non chiffrée et une cyanose des extrémités.

L'examen clinique : patient conscient dyspnéique avec tirage sus sternal, la FR : 36c/mn, la T°39°C, la FC : 120bat/mn, la TA : 160/90mmHg, l'examen thoracique retrouve un thorax distendu avec une hyper-sonorité de l'hémothorax droit et un syndrome d'épanchement pleural liquidien de la moitié inférieur de l'hémithorax gauche, les bruits du cœur sont diminués.

La radiographie thoracique de face montre une opacité dense homogène occupant la moitié inferieur de l'hémi thorax gauche, la limite externe se confond avec la paroi thoracique, la limite inferieure efface l'hémi coupole diaphragmatique gauche, la limite interne efface le bord gauche du cœur, la limite supérieure concave en haut et en dedans remontant en une ligne bordante jusqu'à la région axillaire, associée à de multiples clartés arrondies de tailles variables allant de 2 à 6 cm de diamètre à parois fines, bilatérales, prédominant à droite.

17- quel examen à demander en urgence :

1. gazométrie sanguine.
2. FNS + hémocultures **NAP : 0.33**
3. ECG
4. IDR à la tuberculine
5. ponction pleurale exploratrice

A : 1+3 B : 2+3 C : 1+4 **D: 2+5** E: 4+5

Les résultats vous parviennent: gazométrie sanguine : Pa O2 = 68mmHg, Pa CO2 = 42mmHg PH = 7,38, RA = 30, SaO2 = 89%, FNS : GB = 20.000elts/mm3 (N80% -E 2% -L 18% -M0% -B 0%), GR = 4millions elts/mm3, Hte = 46%, Hb = 13g/dl. les hémocultures sont négatives. IDR à la tuberculine = 07mm

La ponction pleurale : liquide louche, fétide, 80% de polynucléaires neutrophiles altérés absence de germes.

18 - le diagnostic à retenir est:

A- Pleurésie purulente sur dilatation des bronches

B- Tuberculose pleuro-pulmonaire **NAP : 0,5**

C- Pleuro pneumonie

D- Pleurésie purulente sur emphysème pulmonaire

E- Pleurésie purulente sur suppuration pulmonaire

19- En plus de l'oxygénothérapie le traitement à préconiser est :

A. 2 ERHZ/4RH.
B. Oxacilline + gentamycine NAP : 0.33
C. Amoxicilline- acide clavulanique + métronidazole
D. Amoxicilline + Gentamycine.
E. 2 RHZ/4 RH.

20- quelles sont les mesures thérapeutiques à associer ?

A- kinésithérapie respiratoire
B- ponction pleurale évacuatrice + Béta2 mimétiques
C- héparinothérapie + Béta2 mimétiques
D- corticothérapie + Béta2 mimétiques
E- ponction pleurale évacuatrice + kinésithérapie respiratoire **NAP : 0.50**

21- quels sont les éléments de surveillance du malade :

1- examen clinique quotidien
2- radiologie thoracique tous les 5 jours
3- FNS **NAP : 0.50**
4- volume et l'aspect du liquide pleural ponctionné
5- TDM thoracique

A= 1+5 B = 3+4 **C = 1+4** D = 2+3 E= 1+2

Cas clinique N°6 : 3 questions

Un homme de 51 ans, ouvrier dans une carrière de granit depuis 30 ans, tabagique un paquet/jour durant 30
ans, et bronchite chronique depuis 10 ans, présente une toux grasse avec expectorations claires, asthénie, et amaigrissement de 5 Kg depuis un mois et demi.
Examen clinique **:** bon état général, poids 56 kg, taille 163 cm ; T° : 37°2 C, FR : 22/mn FC : 78/min, TA : 150/70 mm Hg. L'examen physique respiratoire montre des râles ronflants aux deux hémithorax, SaO2 à l'air ambiant : 93%.
La radiographie thoracique : opacités micronodulaires, denses, disséminées aux 02 champs pulmonaires.

22- Quelle est le diagnostic à évoquer:

A- Sarcoïdose type III
B- milliaire tuberculose
C- lymphangite carcinomateuse NAP 0,33
D- silicose
E- BPCO

23- vous demander les examens :

1. IDR à la tuberculine
2. Dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
3. spirométrie
4. Bacilloscopies des crachats. NAP 0,20
5. Fibroscopie bronchique.

A : 1+2 B : 1+3 C : 4+5 D : 3+4 E : 1+5

Les résultats : IDR à la tuberculine : 11 mm ; Bacilloscopies des crachats négatives, fibroscopie bronchique aspect inflammatoire de la muqueuse bronchique avec taches d'anthracose au niveau des éperons bronchiques.
Enzyme de conversion de l'angiotensine 20 UI/l (normale inférieur à 70UI/l)
spirométrie CV 4L (théorique 5L), VEMS 3,5L (théorique 4L), VEMS/CV= 87%

24- vous préconisez :

1. Sevrage tabagique
2. Déclaration de maladie professionnelle.
3. B2 mimétiques. NAP 1
4. Antituberculeux.
5. Corticothérapie.

A : 1+4 **B : 1+2** C : 3+5 D : 4+5 E : 1+3

Cas clinique N° 7 : 5 questions

Une femme de 35 ans, mariée, mère de 2 enfants, femme de ménage de profession sans antécédents pathologiques,non consulte pour toux sèche avec amaigrissement de 3 kg et sueurs nocturnes évoluant depuis deux mois.
L'examen physique retrouve une patiente en bon état général, la T° :37,8°C, la FR : 20 cycles/mn, la TA : 120/80 mm Hg, la FC : 90 bats/mn.
L'examen clinique : pleuro-pulmonaire normal, l'examen lympho-ganglionnaire retrouve une adénopathie sus-claviculaire de 2 cm de diamètre ferme, mobile non douloureuse, absence de cicatrice de BCG
La radiographie thoracique de face objective des opacités hilaires bilatérales denses à contours externes nets polycycliques.
La cytoponction de l'adénopathie sus-claviculaire: retrouve une lésion inflammatoire.

25- Devant ce tableau radio-clinique vous demandez :

1 IDR à la tuberculine
2 Fibroscopie bronchique
3 Biopsie ganglionnaire NAP 025
4 TDM thoracique
5 FNS

A : 1+2 B : 2+3 **C : 1+3** D : 1+4 E : 1+5

Les résultats vous parviennent :IDR à la tuberculine = 15 mm,

Sur: www.la-faculte.net Espace E-learning pour apprentissage gratuit online Pour utilisation Non-lucrative

Fibroscopie bronchique : aspect inflammatoire de la muqueuse, tous les orifices bronchiques sont libres, compression extrinsèque de la lobaire supérieure droite.
Biopsie ganglionnaire : architecture ganglionnaire conservée avec présence de cellules épithélioïdes et des cellules géantes entourées d'une couronne de lymphocytes et d'une nécrose fibrinoide.
La TDM thoracique : adénopathies inter bronchiques et médiastinales non compressives.
FNS: GB = 10.000elts/mm3 (70% N - 2%E - 28%L - 0% M - 0% B), GR = 4,5millions elts/mm3, Hte = 42%, Hb = 14g/dl.

26- devant ces résultats l'étiologie la plus probable à évoquer est:

A- Tuberculose
B- Virale
C- Lymphome
D- Sarcoïdose
E- Métastase NAP 0,33

27- quel traitement proposez-vous ?

A- 2RHZ/4RH
B- Antalgique + anti-inflammatoire
C- Chimiothérapie + radiothérapie NAP 1
D- Chirurgie
E- Radiothérapie

28- La surveillance de la maladie repose sur :

A- Examen clinique
B- La fibroscopie bronchique
C- La TDM thoracique
D- IDR a la tuberculine
E- Le téléthorax

A : 1+2 **B : 1+3** C : 2+3 D : 3+4 E : 1+5

29- La guérison à la fin du traitement sera affirmée par :

A. la disparition des adénopathies **NAP 0,50**
B. l'amélioration de l'état général
C. la négativation de l'IDR à la tuberculine
D. la normalisation de la température
E. tous ces éléments

facadm16@gmail.com Participez à "Q&R rapide" pour mieux préparer vos examens Participez aux forums

Cas clinique N° 8 : 4 questions

Un homme de 26 ans, commerçant, non fumeur, consulte pour toux et expectoration verdâtre et abondante évoluant depuis 4 jours. L'interrogatoirerévèle la notion d'expectoration muco-purulente quotidienne depuis 5 ans.

L'examen clinique retrouve un patient en état général moyen, coopératif, la T° 39°C,
la FR est à 26 cycles/mn, la FC à 100 bats/mn, la TA est à 120/60 mmHg.

L'examen pleuro-pulmonaire retrouve des râles crépitants au niveau des bases des deux hémithorax prédominant à gauche avec un hippocratisme digital, le reste de l'examen clinique est normal.

La radiographie du thorax montre une opacité dense, homogène occupant le tiers inferieur de l'hémithorax gauche, avec un bronchogramme aérique, la limite supérieure est floue, la limite interne efface le bord gauche du cœur, associées à de multiples clartés arrondies de 1 à 3 cm de diamètre à paroi épaisse avec bas fond liquidien paracardiaques droites.

30- Quel est le diagnostic le plus probable ?

A. Une tuberculose pulmonaire bilatérale étendue
B. Une pneumonie sur dilatations de bronches
C. Une pneumonie sur bulles d'emphysème NAP 0.5
D. Un abcès du poumon
E. Une bronchopneumonie

31- Pour étayer le diagnostic, vous demandez :

A. Bacilloscopies des crachats
B. FNS +hémoculture NAP 0.25
C. recherche de germes par fibroscopie avec aspiration bronchique protégée.
D. ECB des crachats
E. Recherche d'antigène urinaire pneumococcique

Les résultats vous parviennent : Les bacilloscopies des crachats négatives.
FNS : GB 14000 elts/mm3 (90% PNN, 9% L, 1% E), Hb à 12 g/dl, hémocultures négatives
fibroscopie avec aspiration bronchique protégée : absence de germes
ECB des crachats : flore polymorphe
Recherche d'antigène urinaire du pneumoccoque négative

32- Vous décidez de traiter par:

A- amoxicilline
B- amoxicilline+ acide clavulanique
C- antituberculeux
D- antitussif
E- kinesithérapie respiratoire

A. 1+4 B. 2+4 C.1+5 D. 3+4 **E. 2+5** NAP 0.5

Après quinze jours de traitement, la toux et l'expectoration ont régressé, la T° à 37 °c, la FR à 20 cycles/mn, la FC à 70 batt/mn, la TA à 120/60 mmHg.
L'examen pleuro-pulmonaire retrouve des râles sous crépitants et ronflants aux deux bases pulmonaires. La radiographique thoracique de face montre de multiples clartés arrondies de 1 à 3 cm de diamètre à paroi épaisse, occupant la région paracardiaque droite et gauche.

33- vous décidez de :

1. Poursuivre le même traitement
2. Prescrire une vaccination antigrippale
3. Prescrire une vaccination anti-pneumococcique
4. Prescrire une antibiothérapie prophylactique
5. résection chirurgicale

A. 1+2 **B.2+3** C.2+4 D.3+4 E.2+5 NAP 0.33

Cas clinique N°9 : 4 questions

Une femme de 38 ans consulte pour dyspnée d'effort avec toux sèche, fièvre nocturne évoluant depuis 06 mois.
L'examen physique : patiente consciente, coopérative, FR= 30 cycles/mn, FC=104 bat/mn, TA=90/50mmHg, la SaO2= 96%,
L'examen pleuro-pulmonaire: circulation veineuse collatérale thoracique et œdème en pèlerine, et adénopathies sus claviculaire bilatérales de 04 cm de diamètres, fermes non douloureuses et adhérentes au plan profond. Le reste de l'examen somatique est normal.
La radiographie thoracique de faceobjective une opacité latéro trachéale droite de 05 centimètres de diamètre,la limite interne se confond avec le médiastin, la limite externe nette et régulière, sur la radiographie de profil cette opacité se projette au niveau du médiastin antéro-supérieur.

34-Vous demandez :

1. Echographie abdominale.
2. TDM thoracique.
3. Fibroscopie bronchique avec biopsie des éperons. NAP 0 20
4. Biopsie du ganglion sus claviculaire.
5. IDR à la tuberculine.

A= 1+2 B= 2+5 C=3+5 D= 1+4 **E=2+4**

Les résultats vous parviennent : La TDM thoracique : adénopathie de la chaine latérotrachéale droite, de la loge de Barety avec compression de la veine cave supérieure. La fibroscopie bronchique: compression extrinsèque de la bronche antéro-interne de la lobaire moyenne.
Les biopsies des éperons bronchiques : aspect d'une inflammation non spécifique. La biopsie ganglionnaire : destruction de l'architecture ganglionnaire, richesse en cellules atypiques multi nucléés de grande taille et des cellules de Sternberg.
L'échographie abdominale : adénopathies au niveau de la chaine lombo-aortique

35- le diagnostic à évoquer est :

A. Tuberculose.
B. Tumeur germinale
C. Lymphome malin non hodgkinien NAP 1
D. Maladie de hodgkin
E. Sarcoïdose médiastino - pulmonaire.

36- Le bilan pré – thérapeutique comporte.

1. Tubages gastriques
2. Vitesse de sédimentation
3. Une TDM abdomino – pelvienne NAP 0 ,50
4. Une ponction biopsie osseuse.
5. le bilan phosphocalcique

A : 1+2 B : 2+3 C : 4+5 D : 1+5 **D : 3+4**

Les résultats vous parviennent :

-tubages gastriques absence de BAAR.
- VS: 1ére heure: 100mm, 2éme heure 141mm,
-La ponction biopsie osseuse normale , calcémie = 90mg/L
la TDM abdomino-pelvienne: multiples formations hypodenses au niveau du foie, et adénopathie de la chaine lombo-aortique.

37- Vous décidez de traiter :

A. chimio et radiothérapie
B. Une radiothérapie
C. Une chimiothérapie
D. Une corticothérapie . NAP 1
E. 2 RHZ/4 RH

Cas clinique N°10 : 6 questions

Un homme de 60 ans, chauffeur de taxi de profession, tabagique à raison de 40 P/A, aux antécédents de BPCO, consulte pour toux productive ramenant des crachats hémoptoiques et dyspnée à l'effort évoluant depuis une semaine.
L'examen clinique retrouve un patient en état général conservé, la FR : 22 cycles/mn, la FC : 100 batts/mn, la TA : 100/60 mm Hg, la T° : 37,2°C, le poids : 60 kg, la taille : 178cm, un hippocratisme digital.
L'examen pleuro-pulmonaire : râles ronflants diffus aux deux champs pulmonaires.
Le reste de l'examen somatique est normal.
La radiographie thoracique de face montre un aspect quadrangulaire du thorax, avec horizontalisation des cotes et aplatissement des coupoles diaphragmatiques, et une opacité arrondie para-hilaire gauche de 4 cm de diamètre à limites externes floues.

38- quel est le diagnostic le plus probable :

A- Tuberculose pulmonaire
B- Pneumonie à foyer rond NAP 0.20
C- Cancer bronchique primitif
D- Métastase unique d'un cancer à distance
E- Lymphome

39- quels sont les examens utiles pour étayer votre diagnostic :

1. FNS avec frottis sanguin
2. Fibroscopie bronchique NAP 0.33
3. IDR à la tuberculine
4. TDM thoracique
5. Bacilloscopies des crachats

A : 1+3 **B : 2+4** C : 1+5 D : 1+4 E : 4+5

Les résultats des examens demandés sont :
-Fibroscopie bronchique : bourgeon rougeâtre de la segmentaire apicale du lobe inférieur gauche dont l'étude anatomopathologique des fragments biopsiques montre des cellules fusiformes à gros noyaux hyperchrommatiques avec de la kératine.
-TDM thoracique : masse de densité tissulaire de 4 cm de diamètre à contours irréguliers au niveau du segment apical du lobe inférieur gauche avec adénopathies hilaires homolatérales et bulles d'emphysème au niveau des apex.
-IDR à la tuberculine 08 mm. -Bacilloscopies des crachats : 0 BAAR/300 champs
- FNS GR 5 millions/mm3, Hb 14g/dl, GB 7000 ets/mm3 (70,00,00,00,30),plaquettes 600000 elts/mm3, frottis sanguin normal.

40- le diagnostic est :

A- Adénocarcinome
B- Carcinome épidermoïde
C- Carcinome à petite cellule NAP 1
D- Carcinome à grande cellule
E- Carcinome indifférencié

41- Vous complétez le bilan par :

A- Echographie abdominale
B- TDM cérébrale NAP 0.33
C- Scintigraphie osseuse
D- ECG
E- EFR

Les résultats vous parviennent :
Echographie abdominale normale, TDM cérébrale : sans anomalies
Scintigraphie osseuse : pas de zone d'hyper fixation

ECG : rythme sinusal avec bloc de branche droit incomplet
EFR : CV : 3 L (théorique : 4,5 L/min), VEMS 3L (théorique 4L) Indice de Tiffeneau : 66%

42- selon la classification, TNM il s'agit d'un :

A- $T_2N_oM_o$
B- $T_2N_1M_o$
C- $T_1N_1M_x$ NAP 1
D- $T_2N_1M_1$
E- $T_2N_2M_o$

43- Le traitement est :

A- Chimiothérapie
B- Chirurgie
C- Radiothérapie + chimiothérapie NAP 1
D- Radiothérapie
E- Traitement symptomatique palliatif.

Cas clinique N° 11 : 4 questions :

Un homme de 50 ans , ouvrier dans une fonderie durant 25ans fumeur 1P/J pendant 30ans qui présente une toux productive matinale avec des bronchites aigues hivernales depuis 04ans. Il consulte pour dyspnée de repos depuis 03 jours associée à une toux avec expectoration mucco-purulentes abondante. L'examen physique révèle un patient polypneique, fébrile, avec cyanose des extrémités et hippocratisme digitale.
TA = 160/95mmHg, FC = 110btt/mn, FR= 29cyc/mn, T° 39°C, Poids= 81kg, taille= 168 cm.
L'examen pleuro-pulmonaire révèle des râles polymorphes aux 2 poumons, éclat de B2 au foyer pulmonaire avec un rythme régulier. Le reste de l'examen somatique est sans particularité. Radiographie du thorax : distension thoracique

44- Devant ce tableau clinique vous évoquez **:**

A-Décompensation cardio-respiratoire **NAP : 1**
B- Exacerbation d'une BPCO
C-Bronchite aigue purulente
D-Embolie pulmonaire
E-Œdème aigu du poumon

45- Quels sont les examens complémentaires à demander ?

1-FNS+ hémocultures
2-Gazométrie artérielle, **NAP : 0.20**
3-ECG.
4-DEP
5-D.Dimères.

A : 2+4 B : 2+3 C : 1+4 D : 3+4 E : 2+5

Les résultats vous parviennent :
FNS: GB/ 13.000elts/mm3 (80, 00, 00, 00, 20) GR: 5x106 elts/mm3, Hb: 15g/dl, Hte: 40%, Gazométrie artérielle (PaO2 : 85mmHg, PaCo2 : 45mmHg, $H2Co3^{-}$:23meq/l), Hémocultures négatives, D.Dimères négatifs, ECG (rythme sinusal à 110/min, bloc de branche droit incomplet), DEP : 250l/min (DEP théorique 500l/min)

46- Quelle est la conduite à tenir ?
1-Oxygénothérapie
2- Corticoïdes en IVD +Antibiothérapie+ anti cholinergiques en nébulisation
3-Anti coagulants **NAP : 0.25**
4- B2 mimétiques et anti cholinergiques en nébulisation + Antibiothérapie
5- Digitalo-diurétiques
A : 1+2, **B : 1+4** C : 3+5, D : 3+4 E : 2+3

47- la prise en charge au long cours sera ?
1- Aide au sevrage tabagique et changement de poste de travail
2-Vaccination antigrippale et anti pneumococcique
3- β2mimétiques + Anti cholinergiques par voie inhalée
4. Réhabilitation respiratoire **NAP : 0.25**
5- corticothérapie per os
A : 1+2, B : 3+4, C : 2+4, D : 3+5, **E : 1+3**

Cas clinique n°12 : 3 questions
Patient âgé de 60ans tabagique : 1 paquet/j pendant 40ans, consulte pour douleur thoracique droite d'apparition brutale en coup de poignard.
A l'examen physique : le patient est angoissé, le thorax est distendu, avec cyanose des extrémités, hippocratisme digital, la T° 37°2 C, la TA : 110/70mmHg, la FC : 110btt/mn, la FR : 25 cycles/mn, l'examen clinique retrouve, un tympanisme avec une abolition du murmure vésiculaire au niveau de l'hémithorax droit.
La radiographie thoracique de face objective une hyper clarté avasculaire occupant la totalité de l'hémi thorax droit avec une opacité à projection hilaire reliée par une opacité de 1cm d'épaisseur à la région axillaire, et des clartés arrondies finement cerclées allant de 3 à 4 cm de diamètre au niveau du sommet pulmonaire gauche.

48- ce tableau évoque :
A-Pneumothorax total droit spontané idiopathique
B-Pneumothorax partiel gauche spontané
C-Pneumothorax spontané droit idiopathique bridé
D-Pneumothorax spontané droit secondaire
E- Pneumothorax spontané droit secondaire bridé **NAP : 1**

49- Quelle sera votre conduite à tenir ?

A- Exsufflation à l'aiguille

B- Drainage chirurgical

C- Pleurotomie à minima

D- pleurscopie avec talcage pleural

E- Chirurgie **NAP : 0.50**

Quelques heures plus tard, le patient présente une pâleur cutanéo muqueuse, des sueurs, avec palpitations, FC 120 cycles/mn, TA : 80/60mmH, FR 27cycles/mn, T° 38°, l'examen clinique retrouve une matité de la base thoracique droite surmontée d'un tympanisme, et à la radiographie thoracique une image hydroaérique occupant tout l'hémithorax droit.

50- -Ce tableau évoque ?

A- Une décompensation cardio-respiratoire

B- Embolie pulmonaire

C- Pneumothorax total

D- Hémo-pneumothorax

E- Abcés du poumon

NAP : 0,25

Cas clinique N° 13 : 4 questions

Un homme de 40 ans, enseignant de profession, consulte pour dyspnée sifflante et douleur thoracique évoluant depuis 24heures.

A l'interrogatoire on retrouve un tabagisme à 10 P/A, une thrombose veineuse du membre inferieur gauche traitée il y a 10 ans, et des épisodes de toux et de dyspnée sifflantes, traitées de façon irrégulière par β2 sympaticomimétiques et corticoïdes inhalés. Depuis 03mois ces épisodes de dyspnée se répètent plusieurs fois par semaine et cèdent sous traitement par salbutamol en spray.

Examen clinique : bon état général, 64 kg pour 1,70m ; FR: 20/mn, FC : 98/mn,

TA : 120/60mmHg, température : 38°C.

Examen pleuropulmonaire : râles sibilants diffus bilatéraux.

Le reste de l'examen clinique est normal. Le DEP : 330l/mn (théorique 550l/mn)

La radiographie thoracique de face retrouve une distension thoracique.

51- Quelles sont les diagnostics à évoquer ?

A-crise d'asthme sévère

B-embolie pulmonaire.

C-crise d'asthme modérée. **NAP 0,5**

D-exacerbation de BPCO.

E- OAP

52- vous complétez le bilan par :

A. FNS

B. Spiromètrie

C. dosage des D-dimères.

D. gaz du sang **NAP 1**

E. ECG

Les résultats sont : FNS GB : 8000 (PNN : 80%, L : 15%, B : 2%, Éos : 1%, M:2%), GR 5 millions, Hb 13 g/dl, spirométrie spirométrie : CV : 4,100 L (valeur théorique : 4,5 L/min), VEMS 3L (valeur théorique 4L) Indice de Tiffeneau : 66%

D-dimères : 474 ng/mL (No < 550), Gaz du sang artériel en air ambiant : SAO2 93%, PaO2 : 80mmHg, PaCO2 : 32mmHg, pH : 7,44. ECG rythme sinusal 98 cycles/mn, onde P 2mm en D2, R/S =1 en V1.

53- Le traitement à prescrire est :

1. Anticholinergique en nébulisations.
2. β2-adrénergiques en nébulisations. **NAP 1**
3. Anticoagulants.
4. corticothérapie par voie générale.
5. Diurétique

A : 1+5 **B : 2+4** C : 2+3 D : 1+4 E : 4+5

Après o6 heures de traitement, l'examen clinique retrouve un patient avec une FR : 18cycles/min, la FC : 80 bat/mn , la TA :120/70min, la Sa02 :95% et le DEP=450L/mn .

L'examen pulmonaire : râles sibilants aux bases.

54- Quel sera votre conduite thérapeutique?

1. Antibiotiques.
2. β2-adrénergiques courte durée d'action en spray.
3. Anticoagulants.
4. β2-adrénergiques longue durée d'action en spray. **NAP1**
5. Corticoïdes per os.

A : 1+2 B : 2+4 C : 1+3 D : 4+5 **E : 2+5**

Cas clinique N° 14 : 4 questions.

Une femme de 30 ans coiffeuse de profession depuis 3 ans consulte pour gène respiratoire avec fièvre à 38°C, toux et expectoration purulente depuis une semaine.

l interrogatoire retrouve une dyspnée avec sifflements et une rhinite persistante depuis 3 années. L'examen clinique : la FR à 28 cycles/mn, la FC à 90bats/mn, la TA : 130/60mmHg.

L'examen pleuropulmonaire : râles sibilants diffus aux 2 champs pulmonaires

DEP = 360 L /mn (DEP théorique 450L/mn).La SAO2 = 93%

La radiographie du thorax : distension thoracique

55- Le diagnostic que vous retenez est :
A. Crise d'asthme sévère.
B. Crise d asthme modérée.
C. Crise d asthme bénigne. NAP=0,50
D. Dilatations de bronches surinfectées.
E. Bronchite aigue bactérienne.

56- vous prescrivez :
A. β 2 sympathomimétiques en aérosol.
B. β 2 sympathomimétiques en aérosol et corticoïdes inhalées.
C. β 2 sympathomimétiques en sous cutané +o2. NAP=1
D. β 2 sympathomimétiques en aérosol et antibiotiques.
E. β 2 sympathomimétiques en nébulisation+corticoïdes en IVD.

Après une heure de traitement, la patiente présente une polypnée, tirage, cyanose des extrémités. FR 34/mn FC 110bats/mn, la TA 100/70mmhg, l'examen du thorax : des sibilants aux deux champs pulmonaires, le DEP est à 280l/mn. La SAO2 89%

57- En plus de l'oxygène le traitement sera
A. β 2 sympathomimétiques en sous cutané toutes les 6 H.
.**B**. β 2 sympathomimétiques en spray+ corticoïdes. per os
C. β 2 sympathomimétiques en nébulisation +corticoïdes et théophylline per os
D. β 2 sympathomimétiques en nébulisation + corticoïdes en IVD NAP=0,50
E. Théophilline en perfusion toutes les 12heures

Après 12h de traitement, l'examen clinique retrouve des râles sibilants, la FR = 18/mn, le DEP= 430l/mn. La SAO2= 95%

58- Vous décidez de :
A. Maintenir le même traitement.
B. Hospitaliser la malade dans un service de médecine ou de pneumologie.
C. Hospitaliser la malade dans un service de réanimation. NAP=0,5
D. libérer la malade avec corticoïdes per os pendant 8 jours.
E. libérer la malade avec corticoïdes pendant 8 jours + béta 2 en spray + antibiotique.

Cas clinique N° 15 : questions

Un homme de 35 ans, agent de police de profession tabagique à 15 paquets/an aux antécédents d'infection respiratoire basse à l'âge de 05 ans, avec bronchorrhée matinale chronique, consulte pour hémoptysie de moyenne abondance survenu après effort de toux.
A l'examen : sujet longiligne présentant une légère pâleur cutanéomuqueuse,
la FR 18 cycles /min, la FC à 85 batt/min, la TA à 130/70 mmHg,

L'examen pleuropulmonaire : râles bronchiques au niveau de l'hémithorax gauche, et un hippocratisme digital, la cicatrice BCG est présente, le reste de l'examen est sans anomalies. Radiographie thoracique de face : multiples images aréolaires para cardiaques bilatérales .

59- quelle est la conduite en urgence ?

1. A L'embolisation artérielle bronchique sélective
2. B. **Perfusion de vasopressive** **NAP 0.25**
3. C Transfusion de facteur de coagulation
4. D prise d'une voie d'abord + groupage sanguin
5. E Intubation sélective

60- pour préciser l'origine du saignement vous demandez **?** **NAP 0.33**

A TDM thoracique
B **La fibroscopie bronchique**
C. crase sanguine
D. examen ORL
E. fibroscopie digestive.

La TDM thoracique : retrouve des lésions kystiques siégeant aux des 2 lobes inférieurs, avec adénopathies. La fibroscopie bronchique : inflammation diffuse avec hémorragie punctiforme au niveau des deux bronches lobaires inférieures L'examen ORL retrouve des polypes nasaux, la fibroscopie digestive retrouve une gastrite. L'artériographie bronchique montre une hyper vascularisation des deux lobes inferieurs,

61- il s'agit probablement :

A. Une dilatation des bronches (DDB)
B. Une bronchite chronique
C. Un asthme
D. Un emphysème pan lobulaire
E. séquelles d'une tuberculose pulmonaire NAP 0.25

62- quel est le germe le plus probable à l'origine de cette affection

1- Le virus respiratoire syncitial (VRS)
2- Mycobactérium tuberculosis
3- Borderella pertussis
4- Sreptococcus pneumonia
5- Legionella pneumophila NAP 0.25

A/ 1+2 B/ 2+4 **C/ 1+3** D/ 3+4 E/ 3+5